



# Manual y Requisitos para la Certificación en la **“PRIMERA PARTE”**

## **Fechas y modo de inscripción:**

El proceso de examen para la **Primera Parte del Examen de Certificación** se llevará a cabo de forma semestral en los meses de febrero y octubre de cada año, la convocatoria se publicará 90 días previos a la fecha de examen y la entrega de la solicitud de inscripción y los documentos requeridos se cerrará 40 días antes de la fecha del examen.

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 40 días antes de la fecha del examen, no se aceptarán inscripciones extemporáneas.

## **Documentos Requeridos:**

### **Residentes candidatos a examen:**

- Copia de Título de Médico Cirujano
- Copia de Cédula de Médico Cirujano
- En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAIR) de la Secretaría de Educación Pública (SEP)
- Bitácora de procedimientos
- Carta del Jefe de Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra.
- Copia de la CURP
- Copia del RFC
- Dos fotografías recientes de frente de 5 x 5 cm. (Damas vestimenta formal, Caballeros con saco y corbata), deben enviarse en un sobre pequeño blanco rotulado con su nombre completo.
- Llenar formato de Solicitud de Certificación (Formato Adjunto)
- Firmar carta de la Declaración de Principios (Formato Adjunto)
- Comprobante de pago

### **Neurocirujanos Graduados:**

- Copia del título de Médico Cirujano
- Copia del título de Especialidad en Neurocirugía
- Curriculum-Vitae (con documentos comprobatorios de los últimos 5 años relacionados con sus actividades como Neurocirujano).
- En el caso de ser extranjero o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAIR) de la Secretaría de Educación Pública (SEP).
- Copia de Cédula de Profesional de Médico Cirujano.
- Copia de Cédula de Especialista (en caso de tenerla).
- Copia de la CURP.
- Copia del RFC.
- Dos cartas de recomendación emitidas por Neurocirujanos con Certificación Vigente.
- Llenar formato de Solicitud de Certificación (Formato Adjunto)
- Firmar carta de la Declaración de Principios (Formato Adjunto)
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones: De frente blanco y negro, sin retoque en papel mate, de 9 x 6 cm, ovaladas. (Damas vestimenta formal, Caballeros con saco y corbata), favor de enviarlas en un sobre pequeño blanco rotulado con su nombre completo que deberá adjuntarse a la documentación arriba solicitada.
- Comprobante de pago

### **Modalidad del examen.**

El examen será **PRESENCIAL**

### **Sede del examen.**

Será el **CENTRO DE EVALUACIÓN AUTOMATIZADO TLATELOLCO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**, ubicado en la TORRE UNAM.

**Ubicado en:**

Av. Ricardo Flores Magón N° 1  
Esquina con Eje Central Lázaro Cárdenas  
Col. Nonoalco-Tlatelolco  
Alcaldía. Cuauhtémoc  
C.P 06990, CDMX.

**La sede podrá cambiar de acuerdo con lo que determine la Junta de Gobierno y el Comité de Exámenes del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**

## Procedimientos y conductas esperadas.

- 1.- Los sustentantes deberán presentarse media hora antes de la hora de inicio del examen en el sitio indicado en el citatorio que les será enviado vía correo electrónico a la dirección que dieron al momento de su inscripción.
- 2.- Los sustentantes deberán de identificarse mediante un documento oficial vigente (credencial INE o pasaporte) al momento del registro.
- 3.- El examen será INDIVIDUAL.
  - a) La clave de acceso al sistema para el Examen Escrito es única, personal e intransferible y la responsabilidad del adecuado manejo de esta, será de su titular, dicha clave de acceso se asignará y se entregará a cada sustentante al momento del registro el día del examen.
- 4.- Se deberá acceder al examen mediante la computadora asignada al momento del registro.
- 5.- El sustentante deberá ingresar al examen mediante la clave proporcionada una vez que se lo indiquen los coordinadores de este.
- 6.- Una vez iniciado el examen el sustentante tendrá el tiempo previamente establecido para cada una de las materias (Ver el punto correspondiente a Temas por evaluar en el Examen Primera Parte, número de preguntas y tiempo de evaluación), al momento de agotarse se cerrará automáticamente y podrá continuar únicamente con el siguiente segmento.
- 7.- Sólo en casos de fuerza mayor se podrá hacer cambios de equipo de cómputo durante el desarrollo del examen.
- 8.- Durante el examen el sustentante deberá guardar silencio y no comunicarse de manera verbal o no verbal con el resto de los sustentantes, en caso de tener algún problema técnico o duda deberá comunicárselo a los coordinadores de la evaluación.
- 9.- Durante el examen el sustentante tendrá sus artículos electrónicos (teléfono y/o tableta) apagados y colocados dentro de una bolsa transparente que le será entregada al momento de su registro, estos deberán estar totalmente a la vista de los coordinadores.
- 10.- El sustentante se deberá conducir en todo momento con orden y respeto hacia los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo y consejeros presentes.

- 11.- El sustentante deberá de leer con atención las instrucciones de este manual y seguirlas de manera puntual para llevar a buen término este proceso.
- 12.- El código de vestir para presentarse al examen es formal de negocios tanto para mujeres (traje sastre, falda, pantalón de vestir, vestido) como para hombres (traje y corbata estricto).

## **Temas por evaluar en el Examen Primera Parte, número de preguntas y tiempo de evaluación.**

### **a) Neuroanatomía y Neurofisiología**

- Tiempo de evaluación 60 min

### **b) Neuropatología**

- Tiempo de evaluación 90 min

## **Método y tipo de examen.**

- El método será la Evaluación Asistida por Computadora
- El examen será de opción múltiple

## **Puntaje de calificación y resultados**

- 1.- La calificación del examen será con base en 100 (cien) puntos.
- 2.- La **calificación mínima aprobatoria** para el Examen Primera Parte será de 70 (setenta) puntos de 100 (cien) posibles.
- 3.- Esta calificación se obtiene con base en promedio de las calificaciones de las materias presentadas bajo los siguientes porcentajes:
  - Neuroanatomía-Neurofisiología 50%
  - Neuropatología 50%
- 4.- El resultado final será **APROBADO O NO APROBADO** de acuerdo con el resultado obtenido en la calificación numérica.

## Fecha de publicación de resultados.

Los resultados se informarán inicialmente de forma oral por vía telefónica al término del proceso de certificación y de forma escrita mediante correo electrónico en las dos semanas posteriores a la fecha en que finalice dicho procedimiento.

## Consecuencias ante malas prácticas por parte del sustentante.

Las siguientes situaciones en que un sustentante incurra serán consideradas como una mala práctica serán motivo de anulación del examen:

- 1.- La usurpación de identidad.
- 2.- Contestar el examen apoyados por o en conjunto con otros sustentantes o personas ajenas al este.
- 3.- Que el sustentante sea identificado copiando o haciendo uso de otros equipos durante el desarrollo del examen.
- 4.- Que el sustentante presente una conducta inadecuada e irrespetuosa contra los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo y consejeros presentes.

## Procedimiento para solicitar revisión del examen.

En caso de alguna inconformidad por parte del sustentante con el resultado de su examen deberá enviar una solicitud para la revisión de esta vía correo electrónico al Consejo y a través del mismo medio se le harán llegar sus calificaciones pormenorizadas por cada materia.

## Transitorios.

Lo no previsto en este manual y las situaciones particulares serán resueltos por el Comité de Evaluación y la Junta de Gobierno del Consejo.

## Costo del Examen.

El costo de la **PRIMERA PARTE** del examen es de **\$ 1,815.00** pesos mexicanos

El pago se deberá realizar en la siguiente cuenta:

- Nombre: **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**
- Banco: **BANAMEX**
- Cuenta: **4877563**
- Sucursal: **575**
- Clabe: **002180057548775632**

En caso de requerir factura, favor de anexar su Constancia de Situación Fiscal actualizada junto con el comprobante de pago y la dirección de correo electrónico a la cual desea que se envíe.



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025.

NOMBRE (S): \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_ CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

GÉNERO: ☐ M ☐ F ENTIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN:

CALLE: \_\_\_\_\_ N° EXT: \_\_\_\_\_ N° INT: \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN / MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen será enviada a la dirección electrónica que nos proporcione.**

### DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL O CONSULTORIO):

HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO: \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_ N° EXT: \_\_\_\_\_ N° INT: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN / MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: \_\_\_\_\_

FECHA DE GRADUACIÓN: \_\_\_\_\_ TÍTULO DE: \_\_\_\_\_

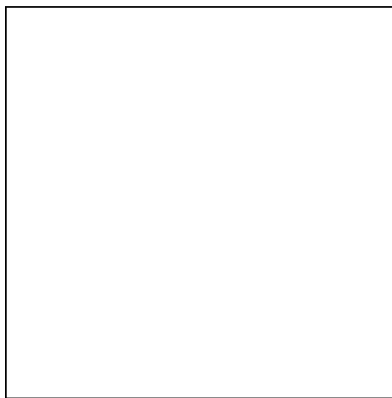
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS,  
YA QUE EN CASO DE CONCEDERSE EL CERTIFICADO APARECERÁ COMO LO INDIQUE**

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el **CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA  
NEUROLÓGICA, A.C.**, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.



**Nombre completo y firma del solicitante**

### AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI N° 47 1er. PISO, colonia NÁPOLES, ciudad MÉXICO, municipio o alcaldía BENITO JUÁREZ, c.p. 03810, en la entidad de CIUDAD DE MÉXICO, país MÉXICO, utilizarán sus datos personales recabados para: **CERTIFICACION y RECERTIFICACION.**

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: [www.cmcn.org.mx](http://www.cmcn.org.mx)



\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025.

**Señor Doctor**

Juan Luis Gómez Amador

**PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.**

**PRESENTE**

**Estimado Doctor Gómez:**

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar la **"PRIMERA PARTE"** del examen de Certificación de este Consejo, en vista de que soy **RESIDENTE** del \_\_\_\_\_ de la especialidad.

Estoy de acuerdo de acuerdo en liberar al **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, y el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

**Nombre completo y firma de conformidad**



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

**BITÁCORA**

Nombre de residente: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

CIRUGIAS									CIRUGIAS TOTALES
	R		R		R		R		
	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	
SDVP									
Ventriculostomías									
Craniectomías									
Hematomas subdurales y epidurales									
Aneurismas									
MAV'S									
Tumores intracraneales									
Tumores espinales									
Cirugía Funcional (dolor y epilepsia)									
Columna									
Abscesos y empiernas									
Otros (Traqueotomía)									
TOTAL									

DESTREZA				
	R	R	R	R
Venodisecciones				
Catéteres Centrales				
Punciones Lumbares				

HISTORIAS CLINICAS				
	R	R	R	R

ASISTENCIA A SESIONES				
Clinicopatológica				
Corte de cerebro				
Interinstitucional				
Biográfica y morbimortalidad Programación quirúrgica				

CONSULTA EXTERNA				
Neurológica				
Neuroquirúrgica				

**CURSOS POR AÑO y CALIFICACIONES**

<b>R</b>	
<b>R</b>	
<b>R</b>	
<b>R</b>	

**TRABAJOS PUBLICADOS**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Residente**



**Nombre y Firma del Jefe de Servicio o Profesor Titular del Curso**